

ANDE

**Solicitud de Acción Correctiva (SAC)
Solicitud de Acción de Mejora (SAM)
Solicitud de Disposición (SD)**

AI/OC/03/21

SIGLA / Nº / AÑO

Código: FL-SGI-12

Actualización: 01

1- Origen del Hallazgo

Auditorías Actividades de rutina Plan de Acción Otros

2- Categoría del Hallazgo

No Conformidad Observación Oportunidad de Mejora

3- Descripción del Hallazgo

Considerando que se adquirieron nuevos equipos y las mudanzas de varias oficinas de la AI, la actualización del inventario de muebles y equipos es muy urgente

201.

Area emitente: AI/OC Emitido por: Econ. Carlos Rodas Firma:  Fecha: 16/12/2021


Área origen del Hallazgo: _____

4- Acción inmediata llevada a cabo / Disposición (si corresponde)

Solicitar el inventario de la AI/OC al Dpto. de Patrimonio

Impresión del inventario recibido

Cruce de información con Patrimonio


Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Carlos A. Rodas D.
Oñs. de Coord. de la
Auditoría Interna Firma:  Fecha: 16/12/2021

5- Análisis de las causas (No aplicable a SD)

Mudanzas de oficinas de la A.I.


Recursos Humanos apoyando a otras oficinas de la A.I.


Comisionamientos

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Carlos A. Rodas D.
Oñs. de Coord. de la
Auditoría Interna Firma:  Fecha: 16/12/2021

6- Acciones

202

| Nro. | Acción | Acción Correctiva (AC) / Acción de Mejora (AM) | Plazo / Fecha | Responsable | Firma |
|------|--|--|---------------|--------------|---|
| 1 | Actualización del inventario de la AI/OC | (AC) | 31/03/2022 | Carlos Rodas |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nombre y Apellido del funcionario: Econ. Carlos A. Rodas D. Firma:  Fecha: 16/12/2021
Ofic. de Coord. de la Auditoría Interna

7- Acompañamiento

| Acción N° | Cumplida (Si/No) | Evidencias/Comentarios |
|-----------|------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Plazos para Evaluación de la Eficacia: _____

Obs./Reprogramaciones: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____

8- Evaluación de Eficacia (No aplicable a SD)

Verificación del cumplimiento Si No Fecha de cumplimiento: _____

Verificación de la eficacia Si No Fecha de cierre: _____

Motivo de Cierre: _____

Nombre y Apellido del funcionario: _____ Firma: _____ Fecha: _____